

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ utenza telefonica \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, consapevole  
delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- > **Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui al combinato disposto dell'art. 1, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 08 marzo 2020 e dell'art. 1, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 09 marzo 2020 concernenti lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;**
- > **di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'art. 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020;**
- > **di essere a conoscenza delle sanzioni previste, dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);**
- > **Che lo spostamento è determinato da:**
  - o **comprovate esigenze lavorative;**
  - o **situazioni di necessità;**
  - o **motivi di salute;**
  - o **rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.**

A questo riguardo, dichiaro che \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(LAVORO PRESSO..., STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN..., DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA, ... ALTRI MOTIVI PARTICOLARI.ETC...)*

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia